



# Georgia Department of Human Services

## 인권 차별 민원 양식 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

본 양식에 대해 질문이 있으시면, DHS LEP/SI 프로그램 사무소  
(전화: 404-657-5244)로 연락하십시오.

귀하의 이름		귀하의 성
집 전화 ( )		대체 전화 ( )
거리 주소		도시
주	우편번호 호	이메일 주소(있는 경우)

다른 사람을 대신하여 이 민원을 제기하십니까?  예  아니오  
'예'일 경우, 아래에 성함을 적어주십시오  
이름 성

본인은(또는 다른 사람이) 아래 사항을 근거로 차별을 당했다고 믿습니다.  
 인종/ 피부색/ 출신국     청각 장애     시각 장애     기타 장애  
 연령     성별     종교

누가 귀하나 다른 사람을 차별 대우했다고 생각하십니까? 구체적으로 명시하십시오  
개인/ 기관/ 조직

거리 주소		
주	우편번호	전화 ( )

언제 어디에서 차별이 발생했다고 믿으십니까? 구체적으로 명시하십시오  
날짜와 장소를 기입하십시오

무슨 일이 있었는지 간략하게 설명하십시오. 어떻게 그리고 왜 귀하나 다른 사람이 차별을 받았다고 생각하십니까? 가능한 구체적으로  
설명하십시오. (필요한 경우 추가 페이지 첨부 가능)

---



---



---

본 민원에 서명하고 날짜를 기입하십시오.  
서명

날짜



# Georgia Department of Human Services

## 인권 차별 민원 양식 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

본 양식의 나머지 정보는 선택사항입니다. 아래의 질문에 답하지 않아도 본 민원에 영향을 미치지 않습니다.

본 민원과 관련된 의사소통을 위해 귀하가 특별히 원하시는 사항은 무엇입니까(해당 사항을 모두 표시하세요)?

접자                       큰 활자                       CD                       이메일                       TTY

수화 통역사(원하시는 언어를 명시하세요):

음성 통역사(원하시는 언어를 명시하세요):

기타:

귀하에게 직접 연락이 닿지 않을 경우 귀하를 대신해 연락받을 수 있는 사람이 있습니까?

이름		성
집 전화 (    )		대체 전화 (    )
거리 주소		도시
주	우편번호	이메일 주소(있는 경우)

민원 양식을 작성하거나 인쇄한 후 다음 주소로 보내주십시오.

**DHS LEP/SI Program**

**Two Peachtree Street, N.W.**

**Suite 29-103**

**Atlanta, Georgia 30303-3142**

**(404) 657-5244(음성), (404) 463-7591(TTY) 또는 팩스: (404) 651-6815**